LA RECHERCHE CLINIQUE EN PSYCHIATRIE :

QUELS RÔLES POUR LES SOIGNANTS ?

J.Y MASQUELIER, Cadre Supérieur de Santé, S.H.U. Hôpital Sainte-Anne, Paris
A. CEREYON, Cadre Supérieur de Santé, S.H.U. Hôpital Sainte-Anne, Paris
MF. POIRIER, Directeur de Recherches INSERM, S.H.U. Hôpital Sainte-Anne, Paris
J.P. OLIÉ, PU-PH, S.H.U. Sainte-Anne Hôpital Sainte-Anne, Paris

Toute démarche de soins se nourrit d'une évaluation des pratiques et d'une constante prise en considération des progrès de la connaissance au sein de la discipline ou dans d'autres champs. Chaque soignant est donc un acteur potentiel de la recherche clinique qui ne peut se concevoir qu'à l'aide d'outils pertinents parce que scientifiquement validés. La médecine n'en demeure pas moins une activité qui nécessite certes un savoir et un savoir-faire, mais aussi un savoir être tout particulièrement lorsqu'il s'agit de pathologies à évolution chronique.

AU DÉPART : UNE DÉMARCHE CLINIQUE, EN PSYCHIATRIE

- Identique à celle qui est pratiquée en médecine somatique s'agissant de repérer les symptômes qui peuvent être des signes de maladie éventuelle imputables à une étiopathogénèse : tristesse du déprimé, peur sans objet de l'anxieux, altération du contact à la réalité du schizophrène… ;
- Différente en raison de la dimension relationnelle de la symptomatologie : au delà de la plainte il faut savoir reconnaître la perte d'enthousiasme du déprimé, l'hyper réactivité de l'anxieux, l'inadaptation du schizophrène.

Certes, il existe en psychiatrie aussi des symptômes objectifs (comportementaux, hyperémotivité, altérations cognitives…) capables d'orienter la quête des symptômes et plus tard d'évoquer un diagnostic. Mais en psychiatrie ces symptômes objectifs n'ont aucun caractère pathognomonique d'un diagnostic ou d'un type de pathologie : un symptôme doit susciter la recherche d'autres symptômes afin de regrouper un faisceau d'arguments pour asseoir l'hypothèse d'une dépression, d'une schizophrénie ou d'une autre pathologie.

Le travail infirmier participe à cette observation du patient dans chacun des moments de la journée s'il est hospitalisé ou en différentes occasions : relation avec d'autres patients, face au médicament, réponse aux propositions médicales, attitudes face aux éléments du quotidien.

Les aspects comportementaux, cognitifs, émotionnels, thymiques et somatiques sont les constituants du syndrome ou de la pathologie qu'il convient d'appréhender pour confirmer ou infirmer un diagnostic.
Pour l'heure le diagnostic psychiatrique est exclusivement clinique, sans moyens de validation ou invalidation tels que prise de sang ou radiographie.

Pourtant, il existe bien des anomalies physiologiques contemporaines des troubles psychiatriques, mais leur détection reste encore du domaine de la recherche :
- perturbations de l'architecture du sommeil chez 50 % des déprimés ;
- anomalies de l'imagerie cérébrale chez les obsessionnels, les déprimés, les anxieux ou les schizophrènes…

Le diagnostic psychiatrique n'a de justification que pour établir un pronostic et choisir une stratégie thérapeutique capable d'infléchir l'évolution dans le sens le plus favorable possible. Trop souvent en psychiatrie la tentation est grande de proposer des interprétations psychologiques (qui ne sont qu'hypothèses) qui ne guident pas vraiment le choix des moyens d'aide les plus adaptés au patient à ce moment. Un exemple est fourni par les pathologies dépressives : il est toujours possible d'invoquer des éléments prédisposants ou précipitants pris dans la réalité à laquelle le patient a été ou est confronté. Séparation, difficultés financières ou familiales, stress professionnel sont, au hasard, autant d'éléments repérables chez tout déprimé… comme chez tout un chacun : ceci n'explique ni la

Mots clés : Psychiatrie, démarches cliniques médicale et infirmière, recherche clinique, outils, échelles

rupture dépressive à ce moment, ni ses modalités évolutives. Par contre, ces éléments sont importants à considérer car capables de faciliter la stratégie thérapeutique s'ils sont pris en compte. Autre exemple: le délire dont le contenu peut mieux se comprendre en connaissant l'histoire personnelle ou familiale sans que ceci ne dise pourquoi le trouble schizophrénique a débuté vers l'âge de 20 ans comme pour la grande majorité des schizophrènes dont l'entrée dans la maladie a lieu entre 17 et 30 ans.

Le diagnostic est donc l'outil qui oriente le choix d'une stratégie thérapeutique: pharmacologique, psycho et sociothérapique. Nombre d'affections psychiatriques sont chroniques: il importe donc de définir les objectifs étape après étape et les modalités d'accompagnement. Chaque acteur de l'équipe soignante a une mission qui doit être à la fois bien individualisée et partagée.

Par exemple, prendre en charge un schizophrène c'est engager une série d'actions:
- choix du traitement médicamenteux, de la posologie, des temps d'évaluation de ses effets favorables et gênants;
- aide à la compliance qui repose largement sur une alliance entre patients et soignants;
- aide à une gestion du quotidien pour accéder au meilleur niveau d'autonomie en réduisant le risque de repli et d'isolement;
- mise en place de l'aide sociale et financière nécessaire;
- soutien psychologique voire prise en charge psychothérapeutique davantage codifiée.

A PROPOS DE LA DÉMARCHE CLINIQUE INFIRMIÈRE

Cette démarche suppose au préalable un langage commun. Les transmissions ciblées apparaissent à ce jour comme un outil pertinent, inscrit dans l'uniformisation des pratiques au service du patient et de l'équipe interdisciplinaire.
La description des observations cliniques explicites par la méthode des transmissions ciblées contenues dans le dossier patient facilite l'objectivation nécessaire et place le patient comme acteur de sa prise en charge.
Créées par S. Lampe, les transmissions ciblées sont une méthode d'organisation de la partie narrative du dossier facilitant, le suivi et la qualité des soins. Elles permettent aux soignants de se centrer sur la personne soignée dans sa globalité. Elles évitent des retranscriptions répétitives, sont sources d'un gain de temps, d'une meilleure organisation des soins inter-équipes, d'une meilleure cohérence de la prise en charge pluridisciplinaire. Elles aident la compréhension commune lors de synthèses sur l'évolution des patients.

Les étapes de la méthode :
- les données cliniques recueillies par l'infirmière permettent de collecter des informations qui concernent la personne soignée: en particulier ce que celle-ci dit d'elle-même et de son état de santé. A partir de ces données, l'infirmière dégage, en cohérence avec ses connaissances, les cibles les plus importantes à prendre en compte pour ce patient donné, dites cibles prioritaires ou macro cibles. C'est une première étape de la démarche clinique pour la mise en place des actions de soins de l'équipe pluridisciplinaire;

- ces actions de soins seront entreprises par l'infirmière soit dans son rôle propre et/ou délégué ou encore en collaboration avec les médecins et/ou d'autres partenaires de l'équipe;

- ces actions seront évaluées en fonction des résultats afin de réajuster les modalités de prise en charge de la personne soignée lorsque nécessaire.

Ces différentes étapes constituent un moyen de développer le raisonnement clinique, d'assurer un suivi approprié à la personne soignée et d'aboutir à une cohérence dans les écrits professionnels.

Les apports des transmissions ciblées sont divers :
- sur le plan de l'organisation: les transmissions ciblées conduisent à un langage commun, une cohésion dans la prise en charge au plus près des besoins de la personne soignée tout en favorisant la continuité des soins;
- au niveau de la personne soignée ainsi placée au centre des préoccupations de l'équipe;
- pour l'équipe pluridisciplinaire: les transmissions ciblées impulsent des données objectives sur l'état du patient, son évolution et de ces capacités à participer au déroulement de sa prise en charge.

Jusqu'ici, il n'était guère question d'impliquer la clinique infirmière, en psychiatrie à des travaux de recherche, car de tradition orale et interprétative. La clinique de l'infirmière, pourtant riche et nécessaire pour la prise en charge, comportait surtout des données subjectives qui ne correspondaient pas toujours à la réalité objective du vécu de la personne soignée, pourtant indispensable à connaître pour légitimer une recherche en soins…

ACTIVITÉS INFIRMIÈRES ET RECHERCHE CLINIQUE EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Un premier aspect est la participation infirmière à une recherche à propos d'une question essentiellement médicale: recherche physiopathologique ou

psychopathologique par exemple. Un autre aspect est caractérisé par des actions de recherche mises dans le champ de compétence infirmière: recherche sur la qualité de vie et le niveau d'autonomie par exemple. Ces deux démarches ne sont pas différentes tant au niveau des actes, de la méthodologie ou du processus clinique qu'elles impliquent.

1) L'infirmière peut, sur l'initiative d'un investigateur (médecin, psychologue, autre) collaborer à des recherches biomédicales d'ordre préventif, diagnostique, thérapeutique susceptibles d'apporter un bénéfice individuel direct aux patients participants. L'exemple le plus simple est la mise en place d'une étude d'efficacité et tolérance d'un nouveau médicament ou d'une stratégie thérapeutique. Ce type de recherche peut aussi s'exercer auprès de personnes volontaires (saines ou malades) sans que leur participation puisse leur apporter un bénéfice (recherche sans bénéfice individuel direct).

Le rôle de l'infirmière est alors d'assurer des actes techniques relevant de son domaine de compétences: prélèvements biologiques, examens requis par le protocole. Le rôle infirmier est aussi un accompagnement des personnes incluses dans le protocole en dispensant des informations utiles et dans certaines études collectant des données à l'aide d'entretiens structurés ou de questionnaires ou échelles d'évaluation quantitative. Toutes ces données sont ensuite rigoureusement collectées sur des cahiers d'observation. Cette démarche de recherche s'effectue donc de manière standardisée afin de limiter la part de subjectivité puisque l'objectif est la mesure comparative. Outre ces aspects de gestion des traitements, planning des visites, accompagnement du patient, l'infirmière doit veiller à deux aspects:

- suivi du patient psychiatrique ayant donné son consentement écrit et plus que tout autre susceptible d'interrogations, de doutes sur le bien fondé de son engagement dans le protocole; ce travail de soutien ne doit pas altérer le recueil de données: il faut par exemple éviter le risque qu'un malade déprimé ou anxieux éprouve un apaisement de sa souffrance par l'effet d'attention portée à lui et de nursing, l'amélioration étant attribuée au traitement testé; le travail de l'infirmière est donc d'assurer une présence bienveillante, d'informer sans altérer la situation expérimentale;
- respect des procédures et des règles de bonnes pratiques: recueil des données cliniques selon les modalités définies (respect du calendrier, des consignes sur les modalités de report voire d'évaluation), évaluation de la plainte et du comportement avec discernement.

La spécificité de la psychiatrie peut introduire, en cas d'un recueil d'informations plus souple, des risques d'interprétations subjectives à même de parasiter les résultats. L'exemple le plus simple pouvant être de relativiser une plainte sur le postulat qu'elle est induite par un événement incident: ceci peut être mentionné sans dispenser de procéder au recueil de l'information selon les modalités écrites dans le protocole.

2) Tout comme M Jourdain faisait de la prose sans le savoir, l'infirmière s'inscrit quotidiennement dans une démarche de recherche. Face aux différentes situations cliniques elle doit adapter, élaborer de nouvelles stratégies, rechercher de nouvelles réponses en puisant dans ses connaissances théoriques et son expérience professionnelle du soin.

Depuis une dizaine d'années les sciences infirmières s'orientent vers de nouvelles pratiques avec la création de nouveaux outils de soins que formalisent des programmes de recherche infirmière.
Après le texte de 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière[1], le texte du conseil des ministres du conseil européen de 1996[2] scelle ces pratiques:

Considérant que la recherche infirmière fait partie intégrante des soins infirmiers, en vue de fournir de nouvelles connaissances scientifiques pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins aux patients…
2.1. La recherche infirmière, en tant que champ spécifique de recherche, devrait être intégrée et pleinement prise en compte dans les politiques et l'organisation de la recherche médicale dans chaque pays…
3.1. Des initiatives telles que l'institution de projets de recherche implantés dans les services de soins devraient être entreprises de façon à favoriser la réalisation des études pertinentes aux soins du patient/client dans les différents systèmes de soins et à faciliter l'intégration de la recherche et de la pratique…

Cette démarche qui associe théorie et pratique, souligne la nécessité de compréhension de la personne soignée dans son contexte propre en lien avec ses attentes afin de proposer une aide pertinente. Cette compréhension de la personne soignée impose une évaluation clinique par définition pluridisciplinaire afin de cerner les niveaux de plainte et de souffrance, d'inaptitude et de handicap, d'interférences avec l'environnement. En bien des domaines, le travail infirmier est un complément indispensable de l'appréhension médicale. Ceci est particulièrement vrai en psychiatrie, discipline devant

[1] Décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

[2] Recommandation No R(96)1 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur la recherche infirmière. (adoptée par le Comité des Ministres le 15 février 1996, lors de la 558e réunion des Délégués des Ministres).

intégrer des aspects aussi bien somatiques que psychiques et comportementaux. Ici il ne s'agit évidemment pas d'évaluer un organe ou une fonction mais tout un ensemble de modalités d'être individuelles et inter individuelles.

Nous définirons donc la recherche clinique infirmière comme une activité intellectuelle qui tend à la découverte de nouvelles connaissances en référence à un symptôme, un besoin ou à un comportement donnant lieu à de nouvelles pratiques de soins dans le champ de compétence infirmière.

La démarche clinique infirmière est donc un des fondements permettant l'élaboration du projet de soins. En psychiatrie, la démarche soignante s'appuie principalement sur le recueil d'informations dans des situations standardisées (tests d'aptitude ou de performance en condition prédéfinie) ou non standardisées (par exemple modalités quotidiennes de fonctionnement individuel ou social). Une même pathologie mentale peut s'accompagner de manifestations diverses qui réclament des objectifs de soins forts différents: de l'inhibition à la subagitation des déprimés, du repli à la demande incessante d'aide de l'anxieux, de la distance réticente à la confiance excessive du schizophrène…

Dans tous les cas, la collecte d'informations est liée à la capacité du soignant à établir une relation adaptée pour recueillir des données significatives de l'état pathologique. S'entretenir avec l'autre est toujours un événement unique qui obéit à plusieurs variables et reste le moyen irremplaçable pour accéder aux informations subjectives de la personne soignée. En effet, dans ce champ de la médecine ce qu'il s'agit d'observer et de recueillir est en forte résonance avec l'intime subjectivité du patient qu'il faut convertir en données objectives susceptibles de faire progresser la connaissance et les pratiques.

L'observation, l'écoute, et la surveillance des paramètres physiologiques ne préfigurent pas à eux seuls les besoins et attentes du patient ni le projet de soins. L'évaluation clinique en psychiatrie nécessite d'établir une relation de confiance qui permette de franchir l'écorce plus ou moins accessible derrière laquelle le soignant doit appréhender une part de la vérité du sujet testé.

OUTILS DE STANDARDISATION

En recherche, on appelle diagnostic, non pas une entité qui correspond à une réalité clinique à déterminant étiopathogénique particulier, mais une forme, d'un « pattern » de symptômes dont le regroupement est identifié et soumis à exploration. Cette identification de forme n'a pas d'autre validité que son utilisation pragmatique dans une démarche d'évaluation.
Dès lors qu'il s'agit de mener des travaux de recherches, la validité de consensus doit-être obtenue: une appellation diagnostique doit avoir le même sens pour tous. La nécessité d'un langage explicitement codifié est pré requise.
Il faut aussi que la façon dont le diagnostic est décrit soit relativement spécifique.

En synthèse :
- la validité de consensus est l'accord sur le contenu du diagnostic;
- la validité descriptive concerne la spécificité des symptômes;
- la validité prédictive fait référence à l'évolution;
- la validité de « Construct » concerne la validité des hypothèses internes qu'on peut faire après le diagnostic;
- et la validité concurrente est l'identité du résultat obtenu avec différents systèmes diagnostiques lorsqu'il en existe.

La première raison de construire et d'utiliser des systèmes diagnostiques en psychiatrie est d'augmenter la qualité des 5 types de validité. Ces systèmes diagnostiques ont aussi l'objectif d'augmenter la fidélité inter-juges. C'est, par exemple, le principal but du DSM (Diagnosis and Statiscal Manual) qui était pour chaque diagnostic psychiatrique une liste de critères définissant l'entité.

La fidélité inter-juges peut se décrire ainsi: plusieurs investigateurs, avec le même système et devant le même malade, doivent arriver au même diagnostic. Il est assez facile de tester le niveau de fidélité, par exemple à partir de bandes magnétoscopiques ou en situation réelle. Les symptômes dits positifs (hallucination, délire) permettent en général une bonne fidélité contrairement aux symptômes dits négatifs (repli, environnement affectif, indifférence) beaucoup moins facile à appréhender de façon homogène.

Standardisation du recueil des données

L'origine des systèmes de critères diagnostiques répond au souci d'améliorer la validité et la fidélité inter-juges. Il faut neutraliser l'ensemble des sources de variance pour arriver au diagnostic le plus fidèle possible.

Pour cela, il convient que le recueil de l'information soit standardisé. Le requis minimum est que telle question soit posée aux soignants, telle autre question à la famille ou telle autre au malade. La façon de poser la question doit aussi être standardisée. Et bien entendu, les critères employés pour le diagnostic doivent être préalablement choisis et immuables devant l'étude.

Idéalement, ces critères doivent être identiques au sein de la communauté psychiatrique pour que les études et leurs résultats puissent être comparés.

Si on veut comparer des groupes, il faut arriver à identifier et rassembler les malades les plus proches possibles. Le risque d'une telle démarche est de n'inclure dans les recherches que certains types de malades éventuellement peu représentatifs de l'ensemble.

Les systèmes diagnostiques

Ils doivent augmenter la fidélité des observations et la possibilité de constituer des groupes homogènes de malades comparables pour la recherche.

Avec les critères de Saint-Louis, sont apparus de véritables systèmes diagnostiques standardisés: pour faire un diagnostic, il faut vérifier la présence d'un certain nombre de critères. Chaque critère est défini par une phrase qui doit être la plus courte et la plus explicite possible: ceci est un autre indice du souci d'écarter toute interprétation pouvant fausser le résultat à l'issu de tous.

Le critère doit donc prêter le moins d'interprétation possible, être issu d'un consensus, pertinent pour mener des opérations de recherche.
La naissance des véritables critères diagnostiques opérationnels est récente. Les Research Diagnosis Criteria (RDC) sont utilisés depuis environ 30 ans.

Comment arrive-t-on à faire un diagnostic de ces critères? En employant un manuel d'entretien standardisé, la « Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia » (SADS), entretien structuré, prévoyant dans un temps défini un certain nombre de questions et un cheminement dans les questions. La façon de l'explorer est standardisée et fléchée au sein d'un entretien qui laisse peu de liberté à l'observateur et au patient. Et au terme de cet entretien il ne reste plus qu'à voir si les critères sont réunis pour tel ou tel diagnostic.

Autre exemple SPITZER et WILLIAMS ont proposés un manuel d'entretien standardisé pour tester présence ou absence de critères diagnostiques du DSM: c'est le SCID (« Schedule for Clinical Interview and Diagnostic »), proposition d'entretien standardisé pour explorer les grands groupes diagnostiques.

WING a créé un autre instrument d'entretien et de recueil standardisés des critères qui est le SCAN qui permet de tester les catégories diagnostiques de la CIM10 (critères diagnostiques de l'OMS).
Le Diagnostic interview for genetic studies (DIGS) est un entretien structuré définissant des catégories diagnostiques DSMIV et RDC sur la vie entière. Il est surtout utile pour les études familiales.

La FIGS (Interview Familial pour les études génétiques) est un guide pour recueillir des informations diagnostiques concernant les apparentés au sein d'une famille étudiée. Cette information diagnostique sur les apparentés, vient s'ajouter aux informations obtenues, pour chaque proposant, à l'aide de la DIGS et du dossier médical.

La FIGS est particulièrement utile lorsque l'information obtenue par interview directe d'un sujet est sujette à caution.

Ces entretiens semi-structurés nécessitent une formation clinique et une formation spécifique pour leur utilisation. Ils ne dispensent pas l'investigateur d'un jugement de pertinence mais imposent in fine leur verdict: présence ou absence des critères pré-établis. Ils sont aujourd'hui très largement utilisés pour des études aussi bien épidémiologiques, que cliniques, physio et psychopathologiques ou thérapeutiques.

Reprenant les catégories diagnostiques de l'OMS Wung a développé le composite international diagnostic interview (le CIDI) qui a été modifié à plusieurs reprises. Cet entretien est totalement structuré et peut-être conduit par un enquêteur non clinicien. Il présente un haut degré de fidélité: par contre la limite entre le normal et le pathologique reste arbitraire.

Le MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview est un entretien structuré de durée de passation brève; il explore 17 catégories diagnostiques appartenant au DSM IV (dernières version). Il peut lui aussi être utilisé sans formation clinique à la condition d'une formation à l'outil.

DEUX EXEMPLES D'ÉCHELLES D'ÉVALUATION:

Evaluation de l'autonomie (Annexe 1)
La NOSIE (Annexe 2)

CONCLUSION

La profession infirmière connaît actuellement en psychiatrie une forte évolution. Elle poursuit une démarche de ses propres outils et une élaboration d'une clinique très complémentaire d'une approche strictement médicale. Ceci devrait logiquement conduire à une valorisation de la profession par la voie d'une identité professionnelle mieux ajustée aux besoins des personnes faisant appel à des soins en psychiatrie.

ANNEXE 1

ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Etiquette d'identification du patient
A coller par l'unité de soins
Nom :
Prénom :
Age :

H _ F _

Date :
Remplie par :
Diagnostic :

• Activités de la vie quotidienne	• Tâches domestiques
1- Toilette corporelle 0. autonome pour la toilette 1. se lave seul mais nécessite une présence 2. se lave seul mais nécessite une aide concrète 3. se lave de manière inadaptée 4. ne se lave pas autres : **2- Habillement** 0. s'habille et choisit ses vêtements de façon adaptée 1. nécessite de l'aide pour le choix de ses vêtements 2. s'habille seul mais nécessite une aide concrète 3. s'habille de manière inadaptée 4. ne peut pas s'habiller ni choisir ses vêtements seul autres : **3- Alimentation** 0. s'alimente correctement et régulièrement (repas équilibré, régime respecté) 1. s'alimente régulièrement mais sans équilibrer ses repas (conserves, féculents, etc.) 2. ne prend pas ses repas régulièrement 3. s'alimente quantitativement de manière inadaptée 4. nécessite une assistance complète pour les repas autres : **4- Prise du traitement** 0.comprend la nécessité et les effets de son traitement et le prend de façon adaptée 1. a besoin d'aide pour préparer et prendre son traitement 2. a besoin de surveillance pour s'assurer qu'il prend convenablement son traitement 3. prend son traitement de manière inadaptée 4. ne prend pas son traitement autres : **5- Gestion du temps** 0. organise son temps et rythme sa journée de manière adaptée 1. organise plus ou moins bien son temps seul 2. a besoin qu'on lui donne des repères pour organiser son temps et rythmer sa journée 3. est passif dans l'organisation de son temps 4. gère son temps de façon totalement inadaptée autres : **6- Entretien des locaux** 0. Entretient seul sa chambre 1. Entretient seul sa chambre mais de façon irrégulière 2. prend l'initiative mais a besoin d'aide et de conseils pour entretenir sa chambre	3. ne prend pas l'initiative d'entretenir sa chambre 4. n'entretient pas sa chambre autres : **7- Préparation des repas** 0. sait se préparer un repas équilibré seul 1. prépare seul un repas mais a besoin d'aide et de conseils 2. réchauffe des plats déjà préparés 3. n'utilise pas correctement les appareils électroménagers 4. ne sait pas préparer un repas autres : **8- Courses** 0. effectue ses courses seul de manière adaptée 1. fait ses courses seul mais a besoin d'aide pour planifier 2. effectue ses courses seul mais a du mal à évaluer les quantités 3. effectue ses courses seul mais de manière inadaptée 4. ne fait pas ses courses seul autres : **9- Entretien du linge** 0. entretient seul son linge 1. entretient seul son linge mais de façon irrégulière 2. prend l'initiative d'entretenir son linge, mais a besoin d'aide et de conseils 3. ne prend pas l'initiative d'entretenir son linge 4. n'entretient pas son linge autres : **10- Gestion du budget** 0. gère son budget de manière autonome et le répartit équitablement entre les dépenses à effectuer 1. gère son budget mais a besoin d'aide et de conseils 2. a des difficultés à évaluer la valeur pécuniaire des dépenses 3. a besoin d'un tiers pour gérer son budget 4. ne gère pas son budget autres : **11- Gestion des papiers personnels** 0. gère ses papiers de manière autonome 1. se repère dans les papiers administratifs, les classe, mais a besoin de conseils pour les gérer 2. connaît les documents administratifs mais a besoin d'aide pour les gérer 3. gère ses documents administratifs de manière inadaptée 4. ne gère pas ses papiers personnels autres :

• Relations avec l'extérieur	• Vie relationnelle
12- Déplacements d'un lieu à un autre 0. s'organise de façon à se déplacer dans les meilleures conditions d'un lieu à un autre 1. se déplace seul mais a des difficultés à utiliser les transports en commun 2. a besoin d'aide pour réaliser ses déplacements 3. ne peut se déplacer qu'accompagné 4. ne se déplace pas autres : **13- Organisation des sorties ou des activités à l'extérieur** 0. prend en charge seul l'organisation de ses sorties, voyages ou activités 1. a besoin de l'aide d'un tiers pour organiser ses sorties, voyages ou activités 2. ses sorties, voyages ou activités sont sur l'initiative d'un tiers mais effectués seul 3. nécessite un accompagnement pour ses sorties, voyages ou activités 4. ne peut effectuer ni sorties, ni voyages, ni activités autres : **14- Utilisation des outils de communication et d'information** 0. utilise seul les outils de communication et d'information les plus courants 1. est autonome pour certains outils de communication et d'information 2. éprouve des difficultés à se servir de l'ensemble des outils cités 3. nécessite l'aide systématique d'un tiers pour se servir d'un ou des outils cités 4. n'utilise pas les outils de communication et d'information autres : **15- Organisation d'une journée** 0. organise sa journée de façon rationnelle entre les différentes activités 1. organise seul sa journée mais avec difficulté 2. prend l'initiative, mais a besoin d'aide et de conseils pour organiser sa journée 3. ne prend pas l'initiative d'organiser sa journée 4. n'organise pas sa journée autres : **16- Démarches administratives et socioprofessionnelles** 0. effectue seul ses démarches de façon adaptée et efficace 1. est autonome pour certaines démarches 2. a besoin d'aide et de conseils pour mener à terme ses démarches 3. nécessite l'aide systématique d'un tiers pour effectuer ses démarches 4. n'effectue aucune démarche autres : **17- Relations familiales** 0. Entretient des relations régulières et adaptées avec sa famille 1. Entretient des relations épisodiques avec sa famille 2. A parfois des relations difficiles avec sa famille 3. Entretient systématiquement avec sa famille des relations difficiles (conflits, dépendance, fusion, etc.) 4. Est en rupture avec sa famille autres :	**18- Relations amicales et sociales** 0. a des relations amicales et sociales régulières et stables 1. a du mal à maintenir des relations amicales et sociales 2. éprouve des difficultés à établir une relation adaptée 3. a besoin systématiquement d'une aide pour établir une relation amicale et sociale 4. ne peut établir ni entretenir des relations amicales et sociales autres : • **Fonctions cognitivo-comportementales** **19- Compréhension** 0. comprend correctement ce qui lui est dit et y répond de façon adaptée 1. a besoin que les choses lui soient répétées pour y répondre de façon adaptée 2. comprend partiellement ce qui lui a été expliqué 3. ne peut pas assimiler plusieurs informations à la fois 4. n'assimile aucune consigne Autres : **20- Mémoire** 0. n'a aucun problème de mémoire 1. oublie les détails mais se souvient des faits importants 2. oublie occasionnellement les choses de la vie courante 3. a besoin qu'on lui rappelle régulièrement les faits importants 4. a besoin d'une aide systématique pour se souvenir des faits récents et anciens Autres : **21- Organisation d'une tâche** 0. s'organise seul de façon adaptée quelle que soit la tâche 1. effectue sa tâche de façon logique et chronologique seul mais a des difficultés à préparer son matériel 2. a des difficultés à s'organiser de façon logique pour effectuer sa tâche 3. nécessite l'aide d'un tiers pour s'organiser de façon adaptée dans sa tâche 4. ne peut s'organiser de façon adaptée même avec l'aide d'un tiers autres : **22- Comportement** 0. présente un comportement adapté en toutes circonstances 1. a des difficultés à adapter son comportement dans les situations stressantes 2. a besoin d'aide pour adapter son comportement dans les situations stressantes 3. nécessite l'aide systématique d'un tiers pour affronter les situations 4. a un comportement inadapté en toutes circonstances autres : **23- Concentration** 0. reste concentré sur sa tâche quels que soient les stimulis extérieurs 1. a une concentration perturbée par les stimulis extérieurs 2. a une concentration irrégulière quels que soient les stimulis 3. a toujours une concentration de courte durée 4. n'a pas de possibilités de concentration autres :

ANNEXE 1

RESULTATS DE L'ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTONOMIE

* Résultats de la cotation (noircir les cases jusqu'à la cote retenue)

0 : autonome 4 : non autonome

4																						
3																						
2																						
1																						
0																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Activités de la vie quotidienne	Tâches domestiques	Relations avec l'extérieur	Vie Relationnelle	Fonctions cognitivo-comportementales
1. Toilette corporelle 2. Habillement 3. Alimentation 4. Prise du traitement 5. Gestion du temps	6. Entretien des locaux 7. Préparation des repas 8. Courses 9. Entretien du linge 10. Gestion du budget 11. Gestion des papiers personnels	12. Déplacement d'un lieu à un autre 13. Organisation des sorties ou des activités à l'extérieur 14. Utilisation des outils decommunication et d'information 15. Organisation d'une journée 16. Démarches administratives et socioprofessionnelles	17. Relations familiales 18. Relations amicales et sociales	19. Compréhension 20. Mémoire 21. Organisation d'une tâche 22. Comportement 23. Concentration

ANNEXE 2

NURSES' OBSERVATION SCALE FOR INPATIENT EVALUATION NOSIE - 30

G. HONIGFELD et al., 1966

Traduction française : P. PICHOT, 1969

NOM : _____

PRENOM : _____

SEXE : ____ AGE : ____ DATE : _____

EXAMINATEUR : _____

Vous avez à apprécier le comportement du malade durant les 3 derniers jours seulement. Pour chacun des 30 points, indiquez votre choix en mettant une seule croix à chaque ligne, selon le code suivant :
0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent, 3 = très souvent, 4 = Toujours.

		jamais 0	parfois 1	souvent 2	très souvent 3	Toujours 4
1	est négligé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
2	est impatient(e)	☐	☐	☐	☐	☐
3	pleure	☐	☐	☐	☐	☐

4	montre de l'intérêt pour ce qui se passe autour de lui (d'elle)	☐	☐	☐	☐	☐
5	reste assis(e) à moins qu'on ne l'entraîne à une activité	☐	☐	☐	☐	☐
6	se met en colère ou se fâche facilement	☐	☐	☐	☐	☐
7	entend des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐
8	prend soin de ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
9	essaye d'être amical(e) avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
10	est facilement contrarié(e) si quelque chose ne lui convient pas	☐	☐	☐	☐	☐
11	refuse de faire les choses banales qu'on attend de lui (d'elle)	☐	☐	☐	☐	☐
12	est irritable et grognon	☐	☐	☐	☐	☐
13	a des difficultés de mémoire	☐	☐	☐	☐	☐

14 refuse de parler	☐	☐	☐	☐	☐
15 rit ou sourit aux commentaires ou aux événements amusants	☐	☐	☐	☐	☐
16 mange de façon malpropre	☐	☐	☐	☐	☐
17 entame la conversation avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
18 dit qu'il (qu'elle) a le cafard ou qu'il (qu'elle) se sent déprimé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
19 parle des choses qui l'intéressent	☐	☐	☐	☐	☐
20 voit des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐
21 doit se faire rappeler ce qu'il (elle) a à effectuer	☐	☐	☐	☐	☐
22 dort, à moins qu'on ne l'entraîne à une activité	☐	☐	☐	☐	☐
23 dit qu'il (elle) n'est bon(ne) à rien	☐	☐	☐	☐	☐

24 on doit lui dire de suivre la routine hospitalière	☐	☐	☐	☐	☐
25 a du mal à terminer de lui (elle)-même les tâches, même simples	☐	☐	☐	☐	☐
26 se parle, murmure ou marmonne tout(e) seul(e)	☐	☐	☐	☐	☐
27 est lent(e) dans ses mouvements et sans énergie	☐	☐	☐	☐	☐
28 ricane ou sourit tout(e) seul(e) sans raison apparente	☐	☐	☐	☐	☐
29 s'emporte facilement	☐	☐	☐	☐	☐
30 est propre de sa personne	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4